



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
8107510002
Unidad Administrativa Especial de
Rehabilitación y Mantenimiento Vial

FORMATO DE APROBACIÓN DOCUMENTAL

CÓDIGO: DESI-FM-008

VERSIÓN: 11

FECHA DE APLICACIÓN: MAYO 2019

INFORMACIÓN DOCUMENTADA:		CÓDIGO:		VERSIÓN:		JUSTIFICACIÓN:		
TIPO	NOMBRE	ANTERIOR	VIGENTE	ANTERIOR	VIGENTE	ELABORA	ACTUALIZA	ANULA
Procedimiento	Procedimiento reporte e investigación de accidentes e incidentes de trabajo	THU-S-PR-001	GTHU-S-PR-001	03	04		X	
Procedimiento	Investigación de Incidentes y Accidentes de Trabajo	THU-S-PR-002	-	03	-			X
Formato	Formato de lección aprendida	-	GTHU-S-FM-005	-	01	X		
Documento Externo	Formato de investigación de accidentes e incidentes de trabajo	THU-S-DE-009	GTHU-S-DE-001	01	02		X	

DESCRIPCIÓN DE LA JUSTIFICACIÓN:

Se ajusta y unifican los procedimientos THU-S-PR-001 Procedimiento reporte de Incidentes y Accidentes de Trabajo y THU-S-PR-002 Investigación de Incidentes y Accidentes de Trabajo, ajustando tiempos y actividades, teniendo en cuenta los lineamientos normativos vigentes, quedando actualizado como: GTHU-S-PR-001 - Procedimiento reporte e investigación de accidentes e incidentes de trabajo.

Se solicita anular el procedimiento THU-S-PR-002 Investigación de Incidentes y Accidentes de Trabajo, debido a que se incorporo al procedimiento GTHU-S-PR-001 Procedimiento reporte e investigación de accidentes e incidentes de trabajo.

Se elabora formato GTHU-S-FM-005 V1 Formato de lección aprendida, teniendo en cuenta lineamientos técnicos y normativos vigentes.

Se actualiza documento externo Formato de investigación de accidentes e incidentes de trabajo, el cual estaba en SISGESTIÓN bajo el código THU-S-DE-009 , debido a la organización de los códigos del proceso se recodifica bajo el código GTHU-S-DE-001 - Formato de investigación de accidentes e incidentes de trabajo.

AVALA: LÍDER DE PROCESO <i>(Puede ser el Líder Estratégico o Líder Operativo dependiendo del proceso)</i>	ELABORA/ACTUALIZA/ANULA: <i>(Colaborador del proceso en compañía del enlace)</i>	ACOMPANIAMIENTO: ASESOR OAP <i>(Colaborador de la Oficina Asesora de Planeación a cargo de procesos)</i>
(Firma) Nombre: Marcela Roció Márquez Arenas Cargo: Secretaria General	(Firma) Nombre: / Luz Stella Rodríguez /Johan Jairo Varela Cano/ Martha Ines Rodríguez Galindo Cargo: / Contratista SST /Contratista -SG-SST / Contratista -SG	(Firma) Nombre: Alexander Perea Mena Cargo: Contratista - Oficina Asesora de Planeación

TRÁMITE DE APROBACIÓN DOCUMENTAL (DILIGENCIADO POR LA OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN)	¿ES APROBADO?		FECHA DE APROBACIÓN:	RESPONSABLE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	16-09-2019	
OBSERVACIONES:				

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>MAYORAL OFFICE OF BOGOTÁ</small>	PROCESO DE APOYO		 SIG <small>SISTEMA GENERAL DE INVESTIGACIÓN DE RIESGOS LABORALES</small>
	PROCESO GESTIÓN TALENTO HUMANO	Código: GTHU-S-PR-001 Versión: 004 Fecha: Septiembre de 2019	
	PROCEDIMIENTO REPORTE E INVESTIGACION DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO		

1. OBJETIVO
 Establecer los lineamientos que permiten realizar el reporte e investigación adecuada de incidentes y Accidentes de trabajo, para así determinar las causas básicas e inmediatas, logrando prevenir la ocurrencia de nuevos eventos, implementando medidas correctivas encaminadas a minimizar las condiciones de riesgo, con el fin de mejorar la calidad de vida de los colaboradores de la UAERMV.

2. ALCANCE
 Comienza desde el momento que se presente una situación imprevista relacionada con un incidente o accidente de trabajo a un Servidor Público o Contratista, que se encuentre afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales, teniendo en cuenta los lineamientos normativos vigentes.

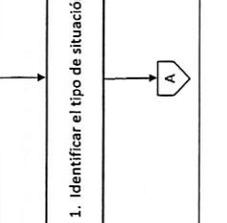
3. DEFINICIONES
Accidente de Trabajo: Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psíquica, una invalidez o la muerte.
Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo.
Igualmente se considera accidente de trabajo el que se produzca durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.
También se considerará como accidente de trabajo el ocurrido durante el ejercicio de la función sindical, aunque el trabajador se encuentre en permiso sindical siempre que el accidente se produzca en cumplimiento de dicha función.
De igual forma se considera accidente de trabajo el que se produzca por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión.
Accidente grave: Aquel que trae como consecuencia amputación de cualquier segmento corporal; fractura de huesos largos (fémur, tibia, peroné, húmero, radio y cúbito); trauma craneoencefálico; quemaduras de segundo y tercer grado; lesiones severas de mano, tales como aplastamiento o quemaduras; lesiones severas de columna vertebral con compromiso de médula espinal; lesiones ciliares que comprometan la agudeza o el campo visual o lesiones que comprometan la capacidad auditiva. (Resolución 1401 de 2007 Art. 1 Ministerio de Protección Social)

AFP: Administradora de Fondo de Pensiones.
ARL: Administradora de riesgos laborales.
Causas básicas: Causas reales que se manifiestan detrás de los síntomas; razones por las cuales ocurren los actos y condiciones subestándares o inseguros; factores que una vez identificados permiten un control administrativo significativo. Las causas básicas ayudan a explicar por qué se cometen actos subestándares o inseguros y por qué existen condiciones subestándares o inseguras.
Causas inmediatas: Circunstancias que se presentan justamente antes del contacto; por lo general son observables o se hacen sentir. Se clasifican en actos inseguros (comportamientos que podrían dar paso a la ocurrencia de un accidente o incidente) y condiciones subestándares o condiciones inseguras (circunstancias que podrían dar paso a la ocurrencia de un accidente o incidente).

Equipo Investigador: Conjunto de personas responsables de realizar la investigación del ATEP, formulación del plan de acción y seguimiento de las acciones implementadas. El equipo investigador se conformará por el Jefe Inmediato o Supervisor del accidentado, un integrante del COPASST y el encargado del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo-SG-SST. En caso de que el accidente se considere grave o produzca la muerte deberá participar un profesional con Licencia Vigente en Salud Ocupacional propio o externo, como el personal encargado del diseño de normas, procesos, procedimientos y el representante del área de mantenimiento.

EPS: Entidad Promotora de Salud.
Incidente de trabajo: Suceso acaecido en el curso del trabajo o en relación con este, que tuvo el potencial de ser un accidente, en el que hubo personas involucradas sin que sufrieran lesiones o se presentaran daños a la propiedad y/o pérdida en los procesos.
Investigación de accidente o incidente: Proceso sistemático de determinación y ordenación de causas, hechos o situaciones que generaron o favorecieron la ocurrencia del accidente o incidente, que se realiza con el objeto de prevenir su repetición, mediante el control de los riesgos que lo produjeron.

Incidente de trabajo: Suceso acaecido en el curso del trabajo o en relación con este, que tuvo el potencial de ser un accidente, en el que hubo personas involucradas sin que sufrieran lesiones o se presentaran daños a la propiedad y/o pérdida en los procesos.
Proceso de investigación: Metodología que se debe llevar en secuencia para poder diagnosticar causas básicas o inmediatas en la ocurrencia de una afectación en los compromisos de protección del medio ambiente y protección de los trabajadores.

4. DESCRIPCIÓN DE LOS SIMBOLOS						
SÍMBOLO	SIGNIFICADO	SÍMBOLO	SIGNIFICADO	SÍMBOLO	SIGNIFICADO	
	Inicio y fin.		Conector página.		Conector de actividades	
	Operación: desarrollo de actividad o tarea.		Decisión: toma de decisión		Punto de control: se debe describir el control. Son medidas de seguridad o Previsiones para ejecutar la actividad de acuerdo con las normas o requisitos establecidos	
DESCRIPCIÓN (ACTIVIDAD Y/O TAREA)	PUNTO CONTROL	TIEMPO ESTIMADO	RESPONSABLE	DEPENDENCIA INVOLUCRADA	REGISTRO	OBSERVACIONES
			Servidor público o Colaborador afectado	Todas las dependencias de la UAERMV		



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
PROTECCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

PROCESO DE APOYO

PROCESO GESTIÓN TALENTO HUMANO

PROCEDIMIENTO REPORTE E INVESTIGACION DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO

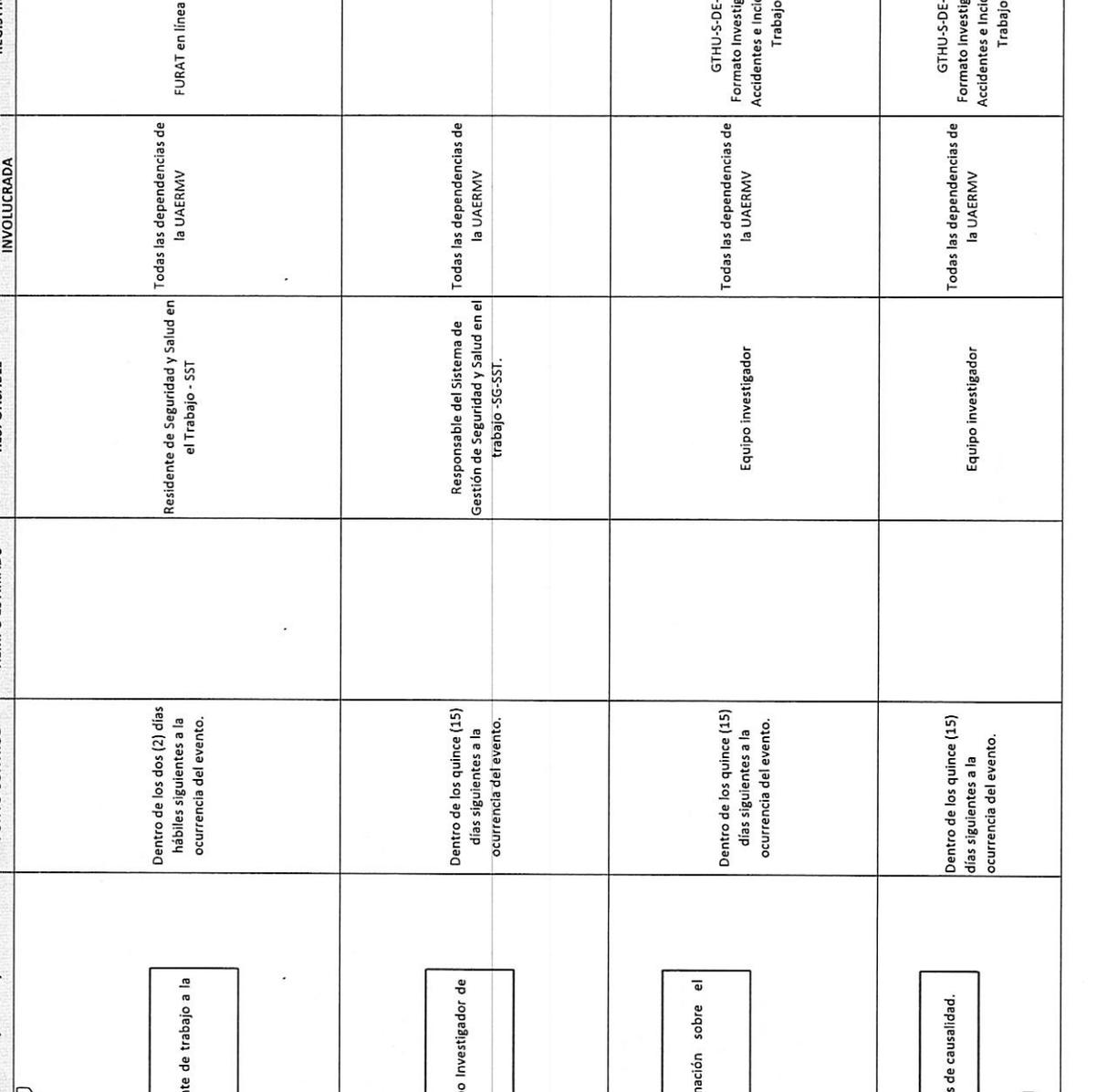
Código: GTHU-S-PR-001

Versión: 004

Fecha: Septiembre de 2019



DESCRIPCIÓN (ACTIVIDAD Y/O Tarea)	PUNTO CONTROL	TIEMPO ESTIMADO	RESPONSABLE	DEPENDENCIA INVOLUCRADA	REGISTRO	OBSERVACIONES
<p>A</p> <p>¿La situación corresponde a un accidente de Trabajo?</p> <p>SI 1</p> <p>NO</p>						
<p>¿La situación requiere atención médica?</p> <p>SI</p> <p>NO</p> <p>2</p> <p>2. Se prestan los primeros auxilios a través del brigadista o Residente SST</p>			<p>Servidor público o Colaborador que este en la zona.</p> <p>Residente de Seguridad y salud en el Trabajo - SST</p> <p>Brigadista</p>	<p>Todas las dependencias de la UAERMV</p>		<p>En caso de presentarse un accidente en el lugar de trabajo, se debe prestar los primeros auxilios, solicitar apoyo al residente SST que se encuentre en la zona o a un brigadista.</p>
<p>3. Llamar a la línea de Emergencia (área Protegida Numero. Bogotá o Chia tel: 5878027-3077087 o Trasladar al afectado a la IPS más cercana..</p>			<p>Servidor público o Colaborador que este en la zona.</p> <p>Residente SST</p> <p>Brigadista</p>	<p>Todas las dependencias de la UAERMV</p>		<p>Llamar a la línea de Emergencia (área Protegida Línea gratuita nacional 018000117087, Bogotá o Chia tel: 5878027-3077087 o Trasladar al afectado a la IPS más cercana.</p>
<p>4. Informar al jefe inmediato o supervisor del afectado.</p> <p>B</p>			<p>Servidor público o Colaborador que este en la zona.</p> <p>Residente de Seguridad y Salud en el Trabajo - SST</p> <p>Brigadista</p>	<p>Todas las dependencias de la UAERMV</p>		<p>La información puede ser verbal, mediante llamada telefónica, información de un compañero y/o testigo del accidente laboral.</p>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DEL GOBIERNO NACIONAL PROCESO DE APOYO		PROCESO DE APOYO PROCESO GESTIÓN TALENTO HUMANO PROCEDIMIENTO REPORTE E INVESTIGACION DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO				 OBSERVACIONES	
DESCRIPCIÓN (ACTIVIDAD Y/O TAREA)	PUNTO CONTROL	TIEMPO ESTIMADO	RESPONSABLE	DEPENDENCIA INVOLUCRADA	REGISTRO		
 <p>5. Reportar el accidente de trabajo a la ARL.</p> <p>6. Conformar el equipo investigador de la entidad.</p> <p>7. Recolectar información sobre el suceso.</p> <p>8. Desarrollar el análisis de causalidad.</p>	Dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la ocurrencia del evento.		Residente de Seguridad y Salud en el Trabajo - SST	Todas las dependencias de la UAERMV	REGISTRADO FURAT en línea o físico	Se debe diligenciar el formato directamente por el portal web de la ARL (clave de usuario registrado) o en el formato físico en caso de no poder realizar el reporte en línea, el cual debe ser radicado dentro de los dos (2) días hábiles después del evento. Asimismo, el Residente de Seguridad y Salud en el Trabajo - SST, comunicara al responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST, sobre lo sucedido.	
	Dentro de los quince (15) días siguientes a la ocurrencia del evento.		Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo -SG-SST.	Todas las dependencias de la UAERMV		El equipo investigador se debe conformar por: El jefe inmediato o supervisor del accidentado, un integrante del COPASST y el encargado del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST. Nota. En caso de que el accidente se considere grave o produzca la muerte, en la investigación debe participar un profesional con licencia vigente en Salud Ocupacional, propio o contratado por la entidad, así como también el encargado del diseño de normas, procesos y/o mantenimiento.	
	Dentro de los quince (15) días siguientes a la ocurrencia del evento.		Equipo investigador	Todas las dependencias de la UAERMV	GTHU-S-DE-001 Formato Investigación de Accidentes e Incidentes de Trabajo	Entrevista a testigos y al lesionado, revisión del sitio donde ocurrió el accidente, inspección de los elementos de trabajo involucrados, revisión documental (procedimiento, permisos, hoja de vida de equipo entre otros) Cuando como consecuencia del accidente de trabajo se produzca el fallecimiento del trabajador se debe utilizar obligatoriamente el formato suministrado por la Administradora de Riesgos Profesionales - ARL, al que se encuentre afiliado de acuerdo con lo estipulado en: (art. 4 del Decreto 1530 de 1996.)	
	Dentro de los quince (15) días siguientes a la ocurrencia del evento.		Equipo investigador	Todas las dependencias de la UAERMV	GTHU-S-DE-001 Formato Investigación de Accidentes e Incidentes de Trabajo	Realizar el análisis de datos aplicando alguna de las metodologías como: Árbol de causalidad, Espina de pescado, ¿Cinco por qué?, entre otras.	

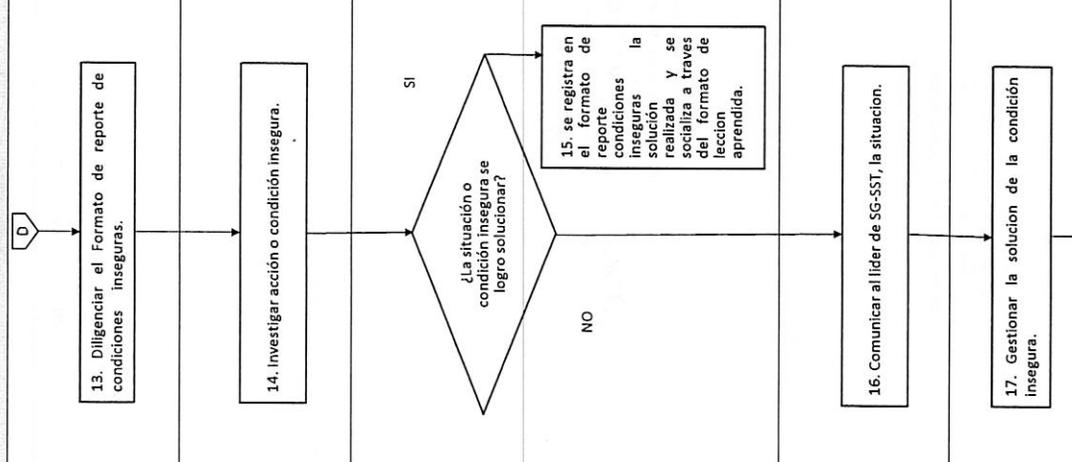


PROCEDIMIENTO REPORTE E INVESTIGACION DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO

Código: GTHU-S-PR-001
Versión: 004
Fecha: Septiembre de 2019



DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD Y/O TAREA	PUNTO CONTROL	TIEMPO ESTIMADO	RESPONSABLE	DEPENDENCIA INVOLUCRADA	REGISTRO	OBSERVACIONES
<p>9. Generar el Informe de la Investigación.</p> <p>¿El accidente es grave o mortal?</p> <p>NO</p> <p>10. La información resultante de la investigación que sea considerada importante socializar se realizará a través del formato de "lección aprendida".</p>			<p>Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo -SG-SST.</p> <p>Equipo Investigador</p>	Todas las dependencias de la UAERNV	GTHU-S-DE-001 Formato Investigación de Accidentes e Incidentes de Trabajo	<p>La información resultante de la investigación que sea considerada importante socializar se realizará a través del formato de "lección aprendida". El Residente de Seguridad y Salud en el Trabajo - SST remitirá este formato debidamente diligenciado a responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo -SG-SST, para que este a su vez socialice la situación a su grupo de trabajo.</p>
<p>11. Radicar el Informe de la Investigación a ARL y EPS y Ministerio de Trabajo.</p> <p>FIN</p>			Líder SG-SST	Todas las dependencias de la UAERNV		<p>IMPORTANTE: Esta actividad se realiza únicamente cuando el accidente sea considerado como grave o cuando un trabajador fallezca como consecuencia de una enfermedad laboral (EL) o un accidente de trabajo (AT), el empleador adelantará por medio del equipo evaluador la investigación que permitirá determinar las causas del suceso, la cual se debe radicar dentro de los 15 días calendario siguientes al evento, a la Administradora de riesgos laborales -ARL, una vez reciba la investigación esta tendrá 15 días hábiles para emitir el concepto sobre el evento determinando la acciones de prevención a tomar por parte del empleador.</p>
<p>12. Identificar el tipo de incidente.</p> <p>D</p>			Servidor público o Colaborador afectado			

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, D.C. <small>Unidad Administrativa Especial de Planeación y Administración Territorial</small>		PROCESO DE APOYO PROCESO GESTIÓN TALENTO HUMANO			Código: Versión: Fecha:				
PROCEDIMIENTO REPORTE E INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO		TIEMPO ESTIMADO		RESPONSABLE		DEPENDENCIA INVOLUCRADA		REGISTRO	
DESCRIPCIÓN (ACTIVIDAD Y/O TÁREA)		PUNTO CONTROL		RESPONSABLE		DEPENDENCIA INVOLUCRADA		OBSERVACIONES	
		<p>Quando se detecte el evento o situación.</p>		<p>Servidor público o Colaborador afectado</p>				<p>GTHU-S-FM-006 - Formato de reporte de actos y / o condiciones Inseguras</p>	
		<p>Dentro de los quince (15) días siguientes a la ocurrencia del evento.</p>		<p>Residente de Seguridad y Salud en el Trabajo - SST</p>				<p>GTHU-S-FM-006 - Formato de reporte de actos y / o condiciones Inseguras</p>	
		<p></p>		<p>Residente de Seguridad y Salud en el Trabajo - SST</p>				<p>La información resultante de la investigación que sea considerada importante socializar se realizará a través del formato de "Lección aprendida". El Residente de Seguridad y Salud en el Trabajo - SST remitirá este formato debidamente diligenciado a responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST, para que este a su vez socialice la situación a su grupo de trabajo.</p>	
				<p>Residente de Seguridad y Salud en el Trabajo - SST</p>				<p>GTHU-S-FM-005 - FORMATO DE LECCIÓN APRENDIDA</p>	
				<p>Residente de Seguridad y Salud en el Trabajo - SST</p>				<p>El residente SST debe comunicar al líder SG-SST la condición insegura no controlada para que esta a su vez realice la gestión para su solución, adjuntado el formato GTHU-S-FM-006 - Formato de reporte de actos y / o condiciones Inseguras)</p>	
				<p>Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo -SG-SST.</p>				<p>Correo electrónico.</p>	



ALCALDÍA MUNICIPAL DE BOORÁ D.C.
 Oficina de Planeación y Desarrollo Urbano

PROCESO DE APOYO

PROCESO GESTIÓN TALENTO HUMANO

PROCEDIMIENTO REPORTE E INVESTIGACION DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO

Código: GTHU-5-PR-001
 Versión: 004
 Fecha: Septiembre de 2019



DESCRIPCIÓN (ACTIVIDAD Y/O TAREA)	PUNTO CONTROL	TIEMPO ESTIMADO	RESPONSABLE	DEPENDENCIA INVOLUCRADA	REGISTRO	OBSERVACIONES
18. Informar las medidas a tomar sobre el caso.			Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo -SG-SST.			

REVISIÓN Y APROBACIÓN

Elaborado y/o Actualizado por JOHAN JAIR VALERA CANO Contratista / Secretaria General - SST LUZ STELLA RODRIGUEZ PORRAS Contratista / Secretaria General - SST MARTHA INES RODRIGUEZ GALINDO Contratista / Secretaria General Acompañamiento EQUIPO TÉCNICO SIG: ALEXANDER PEREA Contratista / Oficina Asesora de Planeación	Validado por RESPONSABLE DIRECTIVO SIG del Proceso: MARCELA ROCIO MARQUEZ ARENAS Secretaria General	Aprobado: MARTHA PATRICIA AGUILAR COPETE Representante Alta Dirección SIG
Participo en la Elaboración del Procedimiento		
Nombre Johan Jair Valera Cano Luz Stella Rodriguez Porras Martha Inés Rodríguez Galindo	Cargo Contratista - GTHU-SST Contratista - SST Contratista	Firma

CONTROL DE CAMBIOS	DESCRIPCIÓN	FECHA	APROBADO
1	Elaboración de conformidad con el Plan de Acción SIG Distrital para la implementación de la NTD-SIG-001:2011.	Diciembre de 2014	Jefe Oficina Asesora de Planeación
2	Se actualiza procedimiento de acuerdo a normatividad vigente. Dicho trabajo es realizado con el acompañamiento de Luis	Enero de 2016	Jefe Oficina Asesora de Planeación
3	Se actualiza procedimiento con el objetivo de establecer en caso de accidentes de tránsito que medidas deberían tomarse.	Junio de 2016	Jefe Oficina Asesora de Planeación
4	Se ajusta y unifican los procedimientos THU-S-PR-001 Procedimiento reporte de incidentes y Accidentes de Trabajo y THU-S-PR-002 Investigación de Incidentes y Accidentes de Trabajo, ajustando tiempos y actividades, teniendo en cuenta los lineamientos normativos vigentes.	Septiembre de 2019	Jefe Oficina Asesora de Planeación



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE
REHABILITACIÓN Y MANTENIMIENTO VIAL

FORMATO DE LECCIÓN APRENDIDA

CÓDIGO: GTHU-S-FM-005

VERSIÓN: 1

FECHA DE APLICACIÓN: SEPTIEMBRE 2019

Título de la Lección Aprendida:			
Lección Aprendida No.		Fecha:	
Descripción del evento:			
Grafico:			
Causas Básicas:			
Medidas preventivas y Recomendaciones:			
Diligenciado por:			

FORMATO INVESTIGACIÓN DE INCIDENTE Y ACCIDENTE DE TRABAJO	Incidente <input type="checkbox"/> Accidente Leve <input type="checkbox"/> Accidente Grave <input type="checkbox"/> Accidente Mortal
--	---

EPS a la que está afiliado:	Código de la EPS a la que está afiliado:	ARL a la que está Afiliado:	Código ARL a la que está afiliado:
EFP a la que está afiliado:	COLPENSIONES ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Código AFP a la que está afiliado:	Código COPENSIONES:

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

Tipo de vinculación Laboral : (Marque con una X según corresponda)		1. Empleador <input type="checkbox"/>	2. contratante <input type="checkbox"/>	3. Cooperativa de Trabajo Asociado: <input type="checkbox"/>	
Sede Principal : Nombre de la actividad Económica:		Código de la Actividad Económica:			
Razón social:		Tipo de Identificación: NIT. C.C. C.E. NU PA		No:	
Dirección:	Teléfono:	Fax:	Correo electrónico		
Departamento	Municipio	Zona : Rural <input type="checkbox"/>	Zona : Urbana <input type="checkbox"/>		
Centro de Trabajo donde labora el trabajador:		Código:			
Son los datos del centro de trabajo los mismos del centro Principal ? Solo en caso negativo diligenciar los siguientes datos del centro de trabajo		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Código :		
Nombre de la actividad económica del centro de Trabajo :		Código:			
Dirección:	Teléfono:	Fax:	Correo electrónico		
Departamento	Municipio	Zona : Rural <input type="checkbox"/>	Zona : Urbana <input type="checkbox"/>		

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ

Tipo de vinculación Laboral : (Marque con una X según corresponda):				Código:
1. Planta <input type="checkbox"/>	2. Misión: <input type="checkbox"/>	3. Cooperado <input type="checkbox"/>	4. Estudiante/Aprendiz <input type="checkbox"/>	5. Independiente <input type="checkbox"/>
Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Primer Nombre : Segundo Nombre:
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Tipo de Documento de Identidad: C.C. C.E. NU PA TI		No. del Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento: dd / mm / aaaa
Dirección:	Teléfono:	Correo electrónico		Fax
Departamento	Municipio	Zona : Rural <input type="checkbox"/>	Zona : Urbana <input type="checkbox"/>	
Fecha de Ingreso a la Empresa: dd / mm / aaaa	Salario u Honorario mensual :	Jornada de Trabajo Habitual: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/> Turnos <input type="checkbox"/>		
Cargo:				Código:
Ocupación Habitual:				Tiempo de Ocupación habitual al momento del Accidente dd / mm

III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE:

Fecha de ocurrencia del Accidente : dd / mm / aaaa/	Hora de ocurrencia del Accidente : (00:00-23:59)	Jornada de Trabajo 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Extra <input type="checkbox"/>	Zona 1. Rural <input type="checkbox"/> 2. Urbana <input type="checkbox"/>
Dia en el que ocurrió el accidente : (Marque con una X según corresponda): 1. Lunes <input type="checkbox"/> 2. Martes <input type="checkbox"/> 3. Miércoles <input type="checkbox"/> 4. Jueves <input type="checkbox"/> 5. Viernes <input type="checkbox"/> 6. Sábado <input type="checkbox"/> 7. Domingo <input type="checkbox"/>			Total tiempo laborado previo al accidente: Horas :
Estaba realizando su Labor Habitual: 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>		Diligenciar en caso negativo, Cuál era la actividad que estaba realizando ?	
Tipo de Accidente : (Marque con una X según corresponda): 1. Violencia <input type="checkbox"/> 2. Tránsito: <input type="checkbox"/> 3. Deportivo <input type="checkbox"/> 4. Propio del trabajo <input type="checkbox"/> 5. Recreativo o Cultural <input type="checkbox"/>			Lugar donde ocurrió el accidente: Dentro de la empresa: Fuera de la empresa:
Causó la muerte del trabajador: 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	Fecha del Fallecimiento: dd / mm / aaaa	Departamento	Municipio
Indique en que sitio ocurrió el Accidente : (Marque con una X según corresponda): 1. Almacén o Depósitos <input type="checkbox"/> 2. Áreas de Producción: <input type="checkbox"/> 3. Áreas recreativas o deportivas <input type="checkbox"/> 4. Corredores o Pasillos <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> eras <input type="checkbox"/> 6. Parqueaderos o áreas de circulación Vehicular <input type="checkbox"/> 7. Oficinas <input type="checkbox"/> 8. Otras áreas comunes <input type="checkbox"/> 9. Otro: Especificar cual: _____			
Descripción detallada del Lugar del Accidente:			

TIPO DE LESIÓN (marque con una X)

10. Fractura	20. Luxación	25. Torcedura, esguince o desgarro muscular hernia o laceración de muscular o tendón sin herida.	30. Conmoción o trauma Interno
40. Amputación o Enucleación (Exclusión o pérdida del ojo)	41. Herida abierta	50. Trauma Superficial	55. Golpe o Contusión o Aplastamiento
61. Quemadura calórica	62. Quemadura química	70. Envenenamiento o intoxicación, aguda o alergia	80. Efecto del tiempo, clima u otro relacionado con el ambiente
81. Asfixia	82. Efectos de la electricidad	83. Efecto nocivo de la radiación	90. Lesiones múltiples
99. Otro especifique			

PARTE DEL CUERPO AFECTADA (Marque con una X)

1.1 Región craneana	1.2 Ojo	1.3 Oreja	1.4 boca (labios, dientes, lengua)	1.5 Nariz
1.6 cara (no clasificado en otros)	1.8 cabeza (ubicaciones múltiples)	(1.9) cabeza (ubicación no precisada)	(2) cuello	
(3.1) espalda	(3.2) tórax	(3.3) abdomen	(3.4) pelvis	(3.8) tronco (ubicaciones múltiples)
(3.9) tronco (ubicación no precisada)	(4.1) hombro	(4.2) brazo	(4.3) codo	(4.4) antebrazo
(4.5) muñeca	(4.6) mano	(4.7) dedos	(4.8) miembro superior ubicaciones múltiples	(4.9) miembro superior ubicación no precisada
(5.1) cadera	(5.2) muslo	(5.3) rodilla	(5.4) pierna	(5.5) tobillo
(5.6) pie	(5.7) dedos de los pies	(5.8) miembro inferior ubicaciones múltiples	(5.9) miembro inferior ubicación no precisada	(6.1) cabeza y tronco, cabeza y uno o varios miembros
(6.3) un miembro superior y un miembro inferior o más de dos miembros	(6.8) otras ubicaciones múltiples	(6.9) ubicaciones múltiples no precisada	(7.1) aparato circulatorio general.	(7.2) aparato respiratorio general
(7.3) aparato digestivo general	(7.4) sistema nervioso general	(7.8) otras lesiones generales	(7.9) lesiones generales no precisadas	Otro, cual ?

AGENTE DEL ACCIDENTE (Marque con una X, el agente con el cual se lesionó el trabajador)

(1) máquinas y/o equipos	(2) medios de transporte	(3) aparatos	(3.36) herramientas, implementos o utensilios	(4) materiales o sustancias
(4.4) radiaciones	(5) otros agentes no clasificados	(5.5.1) animales (vivos o productos animales)	(6) ambiente de trabajo (incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)	(7) agentes no clasificados por falta de datos

MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE (Marque con una X, el mecanismo o forma con que se lesionó el trabajador)

(1.1) caídas de altura o en profundidades	(1.2) caídas de personas al mismo nivel	(2.1) derrumbe	(2.2) desplome	(2.3) caídas de objetos
(2.4) otras caídas de objetos	(3.1) pisadas sobre objetos	(3.2) choques contra objetos inmóviles	(3.3) choque contra objetos móviles	(3.4) golpes por objetos móviles
(4.1) atrapamiento por un objeto	(4.2) atrapamiento entre un objeto inmóvil y un objeto móvil	(4.3) atrapamiento entre dos objetos móviles	(5.1) esfuerzos físicos excesivos al levantar objetos	(5.2) esfuerzos físicos excesivos al empujar objetos o tirar de ellos
(5.3) esfuerzos físicos excesivos al manejar o lanzar objetos	(5.4) falsos movimientos	(6.1) exposición al calor	(6.2) exposición al frío	(6.3) contacto con sustancias u objetos ardientes
(6.4) contacto con sustancias u objetos muy fríos	(7) exposición a, o contacto con la corriente eléctrica	8.1) inhalación, ingestión o absorción de sustancias nocivas	(8.2) exposición por radiaciones ionizantes	(8.3) exposición a otras radiaciones
(9.1) otras formas de accidentes no clasificadas	(9.2) no clasificado por falta de Datos	Otro, cual ?		

IV. REALIZAR LA INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DEL ACCIDENTE

1. Realizar el Análisis de las **Condiciones Reales** de trabajo en las que ocurrió del Evento.

2. Descripción del Accidente

--

3. Causas inmediatas del Evento

Actos Inseguros	Condiciones Peligrosas

4. Continuación se debe desarrollar el análisis de 5 por qué ?

Aspecto	ANALISIS 5 PORQUÉ?
1	
2	
3	
4	
5	

5. Causas Básicas del Evento

Factores Personales	Factores de Trabajo

V. ESTABLECIMIENTO DE MEDIDAS PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS

Plasmar las actividades, las soluciones propuestas de acuerdo a las causas básicas detectadas

Aplica en (F: Fuente, M: medio, T Trabajador)	Responsable	Actividad	Fecha de Planeación dd/mm/aaaa	Fecha de Realización dd/mm/aaaa

VI. DATOS DONDE SE REALIZA LA INVESTIGACIÓN

Lugar:		Fecha (dd/mm/aaaa):	
Dirección:		Hora:	

VII. RESPONSABLES DE LA INVESTIGACIÓN

Nombre(s) y Apellido(s)	Cargo	Cargo en el SG-SST (integrante Copasst, Encargado de SST, Jefe Inmediato)	Firma y Documento de Identidad

PROFESIONAL DE SST**RESPONSABLE DE SGSST****REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA**

 Firma :
 Nombre y Apellido:
 Doc. Identidad:
 Licencia S.O. No :

 Firma :
 Nombre y Apellido:
 Doc. Identidad:
 Licencia S.O. (Si aplica) :

 Firma :
 Nombre y Apellido:
 Doc. Identidad:

Envío de la investigación de la Empresa a la ARL
 dd/mm/aaaa

Envío de recomendaciones de la ARL a la Empresa
 dd/mm/aaaa

Envío de la investigación a la Dirección Territorial del Ministerio
 de Trabajo
 dd/mm/aaaa